**Анкеты для граждан в возрасте 75 лет и старше**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):** |
| повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)? | да | нет |
| ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? | да | нет |
| сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови? | да | нет |
| онкологическое злокачественное заболевание (если «ДА» указать, какое)? | да | нет |
| перенесенный инфаркт миокарда? | да | нет |
| перенесенный инсульт? | да | нет |
| хроническое бронхо-легочное заболевание | да | нет |
| хроническое заболевание почек | да | нет |
| 2. | **Возникает ли у Вас во время ходьбы или волнения жгущая, давящая, сжимающая боль за грудиной, в левой половине грудной клетки, в левом плече или руке?** | да | нет |
| 3. | **Если «да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или после приема нитроглицерина** | да | нет |
| 4. | **Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?** | да | нет |
| 5. | **Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?** | да | нет |
| 6. | **Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?** | да | нет |
| 7. | **Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?** | да | нет |
| 8. | **Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день) | да | нет |
| 9. | **Были ли у Вас случаи падений за последний год более 2 раз?** | да | нет |
| 10. | **Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста при ходьбе по ровной поверхности или спонтанный перелом** (без видимой причины), в т.ч. перелом позвонка? | да | нет |
| 11. | **Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?** | да | нет |
| 12. | **Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время?** | да | нет |
| 12.1 | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдения диеты или увеличением физической активности?** | да | нет |
| 12.2 | **Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?** | да | нет |
| 13. | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?** | да | нет |
| 14. | **Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?** | да | нет |
| 15. | **Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?** | да | нет |
| 16. | **Есть ли у Вас проблемы с памятью, существенно мешающие Вам в повседневной жизни?** | да | нет |
| 17. | **Страдаете ли Вы недержанием мочи?** | да | нет |
| 18. | **Имеете ли Вы привычку досаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?** | да | нет |
| 19. | **Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей** (1 порция=200 гр. овощей или=1 фрукту среднего размера)**?:** | да | нет |
| 20. | **Ограничиваете ли Вы потребление пищи с высоким содержанием холестерина** (сливочное масло, сало, жирные сорта мяса, печень, яйца птицы и др.) | да | нет |
| 21. | **Употребляете ли Вы рыбу 2 раза или более в неделю** | да | нет |
| 22. | **Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю** | да | нет |
| 23. | **Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу 30 минут и более?** | да | нет |